Revision 04/08/2025

ITEM 126 : TROUBLES DE L'ÉRECTION

Dysfonction érectile = incapacité persistante d'obtenir et/ou maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante.
- L'âge est un facteur de risque majeur : déficits neurosensoriels d'installation progressive, baisse progressive et physiologique de la testostérone, apparition de comorbidités (HTA, diabète, dyslipidémies, prise d'antihypertenseurs…)
- 1/3 des hommes > 40 ans (70 % des couples ont une sexualité active à 70 ans).

ANATOMIE - PHYSIOLOGIE

Corps érectiles	- **2 corps caverneux** : éponge vasculaire active en travées avec des alvéoles, contenant les **espaces sinusoïdes**, entourés par l'**albuginée** (peu extensible, résistante), séparés par un **septum** perméable. - **Corps spongieux** unique : entourant l'urètre et se finissant par le **gland.**
Vascularisation	- Artères : **caverneuses** (branches des a. pudendales internes elles-mêmes provenant des iliaques internes), **spongieuses** et **dorsale de la verge.** - Drainage veineux : **v. sous-albuginéales** (espaces sinusoïdes), ➞ **v. circonflexes** (corps spongieux) et **v. émissaires** (gland) ➞ **veine dorsale profonde** ➞ **plexus veineux de Santorini** et **veines pudendales.**
Innervation	- **Innervation pro-érectile** = **système parasympathique** et **non adrénergique-non cholinergique** (libération de NO) (**NANC**) : origine sacrée (S2-S4) ➞ plexus hypogastrique inférieur ➞ **nerfs caverneux.** - **Innervation sympathique** : **nerf splanchnique** d'origine thoracolombaire (T11-L2) et ganglions sympathiques sacrés (S3-S4) ➞ contraction du muscle lisse limitant l'ouverture des espaces sinusoïdes. - **Innervation somatique pudendale** : sensitive pour le gland et motrice pour les muscles périnéaux.
Muscles du périnée	- **Muscles bulbo-caverneux** : **expulsion du sperme** (sous contrôle sympathique). - **Muscles ischio-caverneux** : ↗ tension dans les corps caverneux.
Mécanisme de l'érection	- 3 types d'érection : . Réflexe : survenant à une stimulation locale. . Psychogène en réponse à une stimulation cérébrale : visuelle, auditive… . Nocturne accompagnant les phases de sommeil paradoxal. - **Relaxation musculaire lisse** (sous l'action du NO neuronal) : ouverture des espaces sinusoïdes. - **Vasodilatation** : ↗ **débit artériel**, remplissant les espaces sinusoïdes. - **Blocage du retour veineux** : **mécanisme veino-occlusif sous-albuginéal** ➞ rigidité du pénis. - **Étirement des cellules endothéliales des espaces sinusoïdes** : **sécrétion de NO endothélial**, participant au maintien de l'érection ➞ altéré en cas de **dysfonction endothéliale** (diabète, HTA…)

CAUSE

Origine organique

- Début progressif, dysfonction érectile constante.
- Disparition des érections nocturnes, libido conservée (sauf hypogonadisme), éjaculation verge molle.
- Partenaire stable, sans facteur déclenchant, personnalité/humeur stable.
- Examen clinique et/ou paraclinique anormal.

Cardio-vasculaire	= Symptôme sentinelle des affections cardiovasculaires. - **FdRCV** : âge > 50 ans, tabac, HTA++, dyslipidémie, atcds familiaux, obésité androïde. - **Signes de maladie athéromateuse** : AOMI, cardiopathie ischémique, AAA, AVC…
Neuro-psychiatrique	- Affection neurologique : **maladie de Parkinson, SEP, épilepsie, démence, traumatisme médullaire, neuropathie périphérique** (alcoolisme, diabète…), **AVC, dépression, psychose…**
Endocrino-pathie	- **Déficit en testostérone lié à l'âge.** - **Diabète** : équilibre glycémique, complications associées. - **Hyperprolactinémie.** - Autres : **dysthyroïdie, insuffisance surrénalienne lente (maladie d'Addison).**
Génito-pelviennes	- **Hyperplasie bénigne de prostate.** - **Fibrose des corps caverneux (maladie de Lapeyronie).** - **Troubles mictionnels** (HBP).
Maladies chroniques	- **Insuffisance rénale, dialyse rénale, insuffisance cardiaque.** - **Cancer.** - **Maladies inflammatoires chroniques** (MICI, rhumatismes inflammatoires…)
Iatrogène	- **Médicament** : . **Antidépresseur, neuroleptique.** . **Inhibiteur de la 5α-réductase.** . **β-bloquant non sélectif.** . **Anti-androgène.** . **Fibrates.** . **Opioïde.** . **Antihypertenseur : anti-aldostérone, diurétique thiazidique, clonidine, méthyldopa.** - **Chirurgie** (prostatectomie) ou **radiothérapie abdomino-pelvienne.** - **Alcool, drogues, toxicomanie** (cocaïne, héroïne).
Autres	- **Traumatisme abdomino-pelvien** (fracture du bassin). - **Affection hématologique** : **drépanocytose, thalassémie, hémochromatose.** - **Troubles du sommeil** : **SAOS, insomnie.**

Revision 04/08/2025

<table>
<tr><td rowspan="6">DIAGNOSTIC</td><td rowspan="2">Origine psychogène</td><td colspan="3">- Apparition brutale, dysfonction érectile inconstante.
- Conservation des érections nocturnes, baisse de libido, aucune éjaculation possible.
- Facteur déclenchant, dépression, anxiété, trouble de l'humeur.
- Examens cliniques et paracliniques normaux.</td></tr>
<tr><td>Contexte</td><td colspan="2">- Anxiété de performance sexuelle.
- Conflits conjugaux (conjugopathie).
- Événements de vie négatifs (chômage, décès, infertilité, divorce) ou positifs (naissance, promotion, nouvelle rencontre) dans les 6 mois avant l'apparition des troubles.
- Contexte psychiatrique : addiction (alcool, drogue), atcds psychiatriques, dépression.
- Existence de complexes identitaires (identité de genre).</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Int</td><td colspan="3">- Diagnostic positif à l'interrogatoire par des questions simples.
- DD : trouble du désir, de la libido, de l'éjaculation, de l'orgasme, douleur pendant les rapports.
- Caractérisation : primaire (dès le début de la vie sexuelle) ou secondaire, inaugural ou réactionnel à un trouble sexuel, brutal ou progressif, permanent ou situationnel.
- Anomalies morphologiques ressenties par le patient (dysmorphophobie) ou réelles (petite verge, déformation, asymétrie des corps caverneux).
- Sévérité :
• Délai entre apparitions du trouble et la consultation
• Capacité érectile résiduelle (rigidité suffisante pour une pénétration) : facteur de bon pronostic
• Évaluation simple par le score d'érection (Erection Hardness Score) allant de 0 à 4 qui évalue la rigidité de l'érection : *Absence d'érection.
*Votre pénis est plus gros, mais mou.
*Votre pénis durcit, mais pas assez pour permettre une pénétration.
*Votre pénis est dur pour la pénétration, mais pas complètement dur.
*Votre pénis est complètement dur.
• Auto-questionnaire IIEF : classe en DE sévère, modérée, légère ou normale.
• Possibilité d'érections provoquées (masturbation), persistance d'érections nocturnes ou matinales spontanées.</td></tr>
<tr><td>Contexte</td><td colspan="2">- Histoire sexuelle : difficultés, abus sexuels dans l'enfance, anxiété de performance sexuelle, événements de vie négatifs ou positifs dans les 6 mois.
- Retentissement : impact sur la qualité de vie et sur la vie familiale.
- État du couple :
• Difficultés de couple, absence de partenaire, relations extra-conjugales.
• La/le partenaire : âge, motivation sexuelle, troubles de sexualité, statut hormonal, antécédents gynécologiques, contraception.</td></tr>
<tr><td>Orientation</td><td><u>Origine organique prédominante</u>
Début progressif.
Disparition des érections nocturnes.
Conservation de la libido (sauf si hypogonadisme).
Éjaculation verge molle.
Partenaire stable.
Absence de facteur déclenchant.
Étiologie organique évidente.
Examen clinique anormal.
Personnalité stable et humeur normale.
Examens complémentaires anormaux.</td><td><u>Origine psychogène prédominante</u>
Apparition brutale.
Conservation des érections nocturnes.
Diminution de la libido.
Absence d'éjaculation.
Conflits conjugaux.
Facteur déclenchant.
Dépression.
Examen clinique normal.
Anxiété, troubles de l'humeur.
Examens complémentaires normaux.</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="3">- Urogénital : testicules (taille, consistance), pénis (plaque fibreuse (Lapeyronie), courbure congénitale, épispadias, hypospadias, fibrose de corps caverneux (séquelle de priapisme), pénis enfoui).
- TR systématique chez le sujet âgé > 50 ans (ou > 45 ans en cas d'atcds familiaux) : HBP, cancer de prostate.
- Caractères sexuels secondaires : gynécomastie, pilosité, hypoandrisme.
- Examen cardiovasculaire indispensable : TA, pouls périphériques, auscultation cardiaque.
- Examen neurologique : ROT et réflexes cutanéo-plantaires, sensibilité des MI, recherche d'anesthésie en selle.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PC</td><td>1re intention</td><td colspan="2">- Bilan cardiovasculaire (si aucun bilan récent) : glycémie à jeun, bilan lipidique, NFS, créat, iono, bilan hépatique.
- Testostéronémie totale le matin et biodisponible si symptômes évocateurs d'une andropause.
- PSA total selon l'examen prostatique ou si androgénothérapie envisagée.</td></tr>
<tr><td>2nd intention</td><td colspan="2">- En cas d'hypotestostéronémie : 2e dosage + LH/FSH + prolactinémie + TSH.
- Consultation avec un sexologue.
- Test pharmacologique par injection intracaverneuse (PGE1) si IPDE5 inefficace ou en cas d'anérection (faux négatifs ou faux positifs fréquents).</td></tr>
</table>

Revision 04/08/2025

TTT	Mesures associées	- **Réassurance, dédramatisation.** - **Information sexuelle claire** : physiologie de l'érection, anxiété de performance, prévalence de la DE. - **RHD** : perte de poids, sevrage tabagique, lutte contre les addictions et la sédentarité. - **Lutte contre la iatrogénèse** : rechercher une imputabilité extrinsèque et intrinsèque, modification des traitements si possible (± avis spécialisé si besoin). - **Si traitement antihypertenseur**, les deux classes le plus souvent incriminées sont les **bêtabloquants** et les **diurétiques**. Si le patient est coronarien ou diabétique, il faut toujours demander un avis cardiologique. - Avant traitement d'aide à l'érection : vérifier l'aptitude physique pour le rapport sexuel.
	Androgènes	- Si hypogonadisme retrouvé à la biologie (**testostéronémie < 3,2 ng/mL**). - Sous forme d'injection IM ou en patch transdermique. - Surveillance régulière du volume prostatique, du PSA, du bilan hépatique et de l'hématocrie. CI : si présence d'un nodule prostatique palpable, PSA > 3 ng/ml ou signes compressifs urologiques.
	Agoniste dopaminergique	- Apomorphine sublinguale. - Si présence d'un hypogonadisme secondaire, d'une hyperprolactinémie.
	Antagoniste alpha-adrénergiques	- Yohimbine per os. - Faible efficacité.
	Inhibiteurs de la phosphodiestérase 5 (IPDE5)	= En 1re intention : prise à la demande, non remboursé, 65 à 85 % d'efficacité. - 3 molécules : **sildénafil** (Viagra®), **tadalafil** (Cialis®), **vardénafil** (Lévitra®), l'**avanafil** (Spedra®). - **CI : prise de dérivés nitrés**, médicament donneur de NO (nicorandil, molsidomine) → risque **d'hypotension**, possiblement mortelle chez un patient coronarien. /!\ Facilitateur de l'érection donc ne peuvent fonctionner que si les nerfs érectiles produisent encore du NO. /!\ **Avant** prescription d'un traitement d'aide à l'érection, **vérifier l'aptitude physique pour le rapport sexuel.**
	Injection intra-caverneuse de prostaglandine E1	= **Alprostadil** : induit l'érection par relaxation du muscle lisse (efficace même en l'absence de NO, prostatectomie totale notamment). - Indication : . Contre-indication, échec ou intolérance au traitement oral. . D'emblée si choix du patient ou difficulté financière. - Après au moins une injection test et une éducation thérapeutique. - EI : **douleur, hématome, érections prolongées**, voire **priapisme à bas débit**, **fibrose localisée**, **trouble de la vision des couleurs.** - Non contre-indiqué en cas de pathologie cardiovasculaire ou de traitement anticoagulant. - **Remboursé** (sur « ordonnance de médicament d'exception ») : para/tétraplégie, traumatisme du bassin, séquelle de chirurgie, radiothérapie ou priapisme, neuropathie diabétique, SEP.
	Intra-urétrale	= **Injection intra-urétrale de PGE1** : **Dispositif MUSE®** (bâtonnet à usage intra-urétral).
	Vacuum	= **Erecteur à dépression** : **pompe manuelle** ou **électrique**, remboursé à 50 % (250-400 €).
	Implants péniens	= Mise en place des 2 implants dans les corps caverneux entraînant une érection mécanique : traitement de 3e ligne, se substituant de façon définitive au tissu érectile. - Complication : **infection prothétique, problème mécanique** (nécessitant une réintervention).

MALADIE DE LAPEYRONIE

= Affection bénigne, 3-9 % des hommes : **fibrose localisée de l'albuginée → plaque → courbure de la verge à l'état rigide.**
Plus fréquent chez les diabétiques et après prostatectomie radicale.

DIAGNOSTIC	C	- **Déviation majeure** : empêche **l'intromission** ou responsable de **dysfonction érectile.** - Examen clinique : photo de la verge en érection, examen de la verge, palpation des plaques.
	PC	- Non systématique : **IRM/écho-Doppler pénien** seulement dans les cas complexes.
	Évolution naturelle	= Stabilisation, aggravation ou régression. - **Phase inflammatoire** : plaque *de novo*, douleurs. - **Phase cicatricielle** : stabilisation.
TTT		- Lors de la phase inflammatoire : **aucun TTT n'a montré d'efficacité +++.** - **Injections au sein des plaques de fibrose** : **Xiapex®** (**collagénase**), non remboursé, cher. - **TTT chirurgical** si gêne à l'intromission (avec photo pré-opératoire) : **plicature** ou **incision-greffe.** - Photographie post-opératoire indispensable (valeur médico-légale).

Revision 04/08/2025

PRIAPISME

Priapisme = état d'érection prolongé **> 4 h**, parfois douloureuse, en dehors de toute stimulation sexuelle.
Urgence thérapeutique car le pronostic fonctionnel est engagé.
L'objectif est de préserver la fonction érectile masculine.

CAUSE	- Iatrogène : **injection intra-caverneuse +++, psychogène, anesthésique.** - **Maladie hématologique** : **drépanocytose, trouble de coagulation, LMC.** - **Envahissement néoplasique** avec **compression extrinsèque.** - **Neurologique : lésions médullaires, tumeurs cérébrales, épilepsie.** - **Traumatique : sur le pénis ou le périnée.** - **Toxique : cocaïne, intoxication alcoolique aiguë.** - **Idiopathique**.
PHYSIOPATH	- **Priapisme ischémique ou à bas débit, veino-occlusif =** paralysie du muscle lisse caverneux, ne pouvant plus se contracter, laissant stagner du sang hypoxique dans les espaces sinusoïdes : plus fréquent et douloureux/si prolongé > 6 h : risque de **lésion des fibres musculaires lisses → dysfonction érectile définitive.** - **Priapisme non ischémique ou à haut débit, artériel** = rare, consécutif à un traumatisme direct responsable d'une fistule artériocaverneuse/non douloureux, partiel (gland mou), sans hypoxie / donc urgence relative. - Priapisme récidivant ou intermittent : épisodes d'érections prolongées de < 3 h qui peuvent parfois évoluer vers priapisme ischémique, typiquement chez le drépanocytaire.
CLINIQUE	- Tuméfaction douloureuse. - Durée de l'érection. - Évaluation de la fonction érectile préexistante. - ATCD de priapisme. - Utilisation de thérapie érectogènes. - ATCD d'hémoglobinopathies. - Rechercher un traumatisme.
DIAGNOSTIC	- **Érection douloureuse.** - **Gazométrie du sang caverneux** (si ponction évacuatrice) : hypoxie, acidose caverneuse (ischémique si pH < 7,25). - ***Échographie-doppler*** : en cas de traumatisme associé on recherche une fistule artériocaverneuse (priapisme artériel). En cas de doute sur le type de priapisme, on recherche une disparition complète du flux des artères caverneuses (ce qui est en faveur d'un mécanisme ischémique).
PEC	Dans un premier temps : techniques simples induisant une vasoconstriction (glace, éjaculation, bain d'eau froide…) Si évolution depuis < 4 h : traitement oral sympathomimétique peut être tenté. <u>Si échec, en cas de priapisme ischémique</u> : - **Ponction – aspiration caverneuse** à l'aiguille sous bloc anesthésique pénien. - **Injection intracaverneuse d'α-stimulant** (phényléphrine) en cas de récidive, à répéter si besoin. - Chirurgie : **shunt caverno-spongieux.** - **Prothèse pénienne** si évolution depuis > 72 h (voire 24 h pour certains auteurs). <u>Si échec, en cas de priapisme non ischémique</u> : - Aspiration n'a qu'un rôle diagnostique éventuel. - Surveillance peut être tentée ainsi que la compression prolongée de la fistule chez les enfants notamment. - **Embolisation sélective** si priapisme artériel persistant.